Casuistische Beiträge
zur
epileptischen Psychose.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 1. August 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Martin Schunck

aus Sigmaringen in Hohenzollern.

OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. G. Schlossberger.
- Cand. med. E. Daacke.
- Cand. med. O. Wendel.

BERLIN.
Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).
Linienstrasse 158.

Seinem geliebten Vater

in kindlicher Dankbarkeit

gewidmet.

Während in früheren Zeiten die Ansicht herrschte, nur dann könne von Epilepsie, diesem „morbus sacer" der Alten die Rede sein, wenn die furchtbaren „dämonischen" Krampfanfälle sich zeigten, und man gerade auf diese den Hauptnachdruck legte, ohne sich weiter um die psychischen Begleiterscheinungen viel zu kümmern, hat sich das Interesse in der letzten Zeit mehr auf die von Seiten der Epilepsie hervorgerufenen Alterationen der Psyche gelenkt. Dadurch ist das ganze Krankheitsbild in ein anderes Licht gerückt und sehr bedeutend erweitert worden.

Es war unter den deutschen Ärzten Samt der erste, welcher unter Anführung von über vierzig Fällen das Irrsein von Epileptischen näher erörterte. Er ging in seinen Darlegungen so weit, zu behaupten, man könne von epileptischem Irrsein auch dann reden, wenn von epileptischen Anfällen gar nichts bekannt sei. Diese Ansicht fand nicht allgemeine Anerkennung und wird auch heute noch nicht als feststehend angenommen. So will unter anderen Gnauck nur dann von einem epileptischen Irrsein gesprochen haben, wenn wirklich epileptische Anfälle vorhergegangen sind. Nicht immer brauchen diese in der Form des von den französischen Psychiatern als „grand mal" bezeichneten Krankheitsbildes mit der Gewalt aufzutreten, dass der Kranke mit schwindendem Bewusstsein zur Erde stürzt, in heftige Krämpfe verfällt und erschöpft ohne Erinnerung an den Vorgang bald in tiefen Schlaf versinkt, oft sind es nur leichte Schwindelanfälle, nur secundenlang andauernder Bewusstseinsverlust oder -trübung, kaum auffällige Muskelzuckungen, welche „petit mal" oder Vertigo genannt, an Wert jenem grand mal völlig gleichkommen.

Samt behauptet, wie schon angedeutet, nur die Form des Irrseins entscheide einen Fall als epileptisches Irrsein, nicht der Nachweis epileptischer Antecedentien. Es ist nun gewiss von Interesse zu erfahren, wie Samt dieses specifisch epileptische Irrsein charakterisiert. Als hauptsächliche pathognomische Symptome bezeichnet er:

1. Stupor mit charakteristischer sprachlicher Reaction in verschiedenen Intensitätsgraden.
2. Rücksichtslose, extreme Gewaltthätigkeit.
3. Schwere, ängstliche Delirien.
4. Verschiedenartiger Erinnerungsdefect.

Dann das Gemisch ängstlicher Delirien mit Grössen- und eigentümlichen religiösen Delirien. Mit Beziehung auf letztere schreibt Samt ganz bezeichnend: „Diese pathologische Religiosität, die Bigotterie und Duldermiene steht in wunderlichem Gegensatz zu der Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Brutalität und moralischen Defectuosität dieser „armen Epileptiker“, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Ausbund von Kanaillerie im Leibe tragen“.

Obige Symptome nun brauchen nicht immer zusammen vorhanden zu sein; schliesslich entscheidet ja nicht allein die Symptomatologie, sondern auch die Art der Entwickelung und des Verlaufes.

Nach letzterem scheidet Samt das epileptische Irrsein in zwei Hauptgruppen:

a) Das postepileptische Irrsein,
b) das psychisch-epileptische Äquivalent.

Im grossen und ganzen ist diese Einteilung auch von späteren Psychiatern beibehalten, doch meist noch näher specialisiert worden.

Zweckmässig erscheint die folgende Einteilung der im Gefolge der Epilepsie auftretenden Psychosen:

1. Epileptischer Stupor.
2. Postepileptisches Delirium.
3. Epileptisch-psychisches Äquivalent.

Der epileptische Stupor, der sich in der Regel direct an einen epileptischen Anfall anschliesst, ähnelt dem Stupor oder vielmehr Pseudostupor bei Paranoia. Der Kranke ist hochgradig benommen, reagiert auf

Fragen meist gar nicht, ist absolut stumm oder erteilt ganz verkehrte Antworten; jedes geistige Leben scheint erloschen. Dass aber während dieses Zustandes doch allerlei im Innern vorgeht, das beweist der starre und ängstlich gespannte Gesichtsausdruck, den wir an dem Kranken beobachten, und der gelegentlich plötzlich auftretende Ausbruch von Gewaltacten als Reaction auf die den Kranken beherrschenden ängstlichen Vorstellungen.

Das postepileptische Delirium tritt meist erst einige Stunden nach einem Anfall ein und dauert längere Zeit. Der Kranke halluciniert und ist der Inhalt der Hallucinationen meist schreckhafter Natur. Er sieht Feuer, rote Gestalten, Männer mit feurigen Augen. Er sieht grosse Volksmassen, Schutzleute, Soldaten, die concentrisch auf ihn eindringen. Nicht selten hört er ein Getöse und hat üble Geruchsempfindung. Aus diesen Sinnestäuschungen resultiert ein heftiges Angstgefühl, das sich auch in den verzerrten Mienen des Kranken ausdrückt; derselbe fasst alles feindlich auf und verübt eventuell brutale Gewaltacte. Doch kommen zuweilen auch angenehme Sinnestäuschungen meist religiösen Inhaltes vor. Wird der Patient dann klar, so beobachtet man in den häufigsten Fällen eine vollständige Amnesie dessen, was er im Delirium vollbracht hat; zuweilen — und forensisch ist gerade diese Thatsache von grosser Wichtigkeit — ist die Erinnerung an die Vorgänge manchmal unmittelbar nach denselben noch erhalten, während sie dann nach nicht allzulanger Zeit schwindet.

Als dritte bei Epilepsie beobachtete Psychose haben wir das epileptisch-psychische Äquivalent kennen gelernt, deshalb Äquivalent genannt, weil es nicht nach einem epileptischen Anfall, wie die geschilderten Psychosen, sondern an Stelle eines solchen auftritt. Von einzelnen Autoren wird, wie schon oben gesagt, geleugnet, dass ein solches epileptisch-psychisches Äquivalent im strengsten Sinne vorkomme und behauptet, es müsse immer ein Anfall, wenn auch nur das petit mal vorangegangen sein. Schwerlich wird der Beweis für die letzte Annahme immer zu erbringen sein.

Auch beim sogenannten Äquivalent haben die Patienten zuweilen eine Art von „aura“, ein Gefühl des Herannahens der Krankheit und sind von Angst befallen. Ausserordentlich acut aber tritt die Psychose ein, um ebenso schnell wieder zu endigen. Die Kranken befinden sich während derselben in einer Art von Traumzustand stunden-, tagelang, in dem sie oft die compliciertesten sinn- und zwecklosen Handlungen begehen. In ihrem Benehmen fallen sie dabei nicht selten den sie umgebenden Personen gar nicht auf; sie erwachen dann plötzlich und wissen selbst meist nichts von dem, was sie begonnen haben. Es giebt eine Reihe von Beobachtungen, wo die betreffenden Kranken lange Reisen und andere complicierte Handlungen in diesem Zustande ausgeführt haben. Am bekanntesten in dieser Beziehung ist wohl der von Legrand du Saulle (Et. méd. lég. p. 110) berichtete Fall, wo der Kranke in einem solchen Traumzustande von London absegelte und erst auf der Rhede von Bombay wieder erwachte. Velde veröffentlicht einen Fall, in dem der Kranke von Berlin abfuhr und erst erwachte, als der Schaffner „Amsterdam“ rief. Neben diesen oft beobachteten Reisen und Wanderungen derartiger Kranker kommen Fälle vor, in denen die Patienten z. B. sinnlos Unmassen von zwecklosen Dingen aufkaufen und nach Hause schleppen. Dass auch diese Fälle forensisch von grosser Bedeutung werden können, erhellt klar. Dabei kommen bei diesen Zuständen ebenfalls Sinnestäuschungen, Angstgefühl und daraus erwachsende Brutalitäten der Kranken vor.

Die bessere Kenntnis der bei Epilepsie auftretenden Psychosen hat auch viel beigetragen zur Klärung der Auffassung vom Wesen einer Reihe von Geistesstörungen, welchen man früher eine andere Bedeutung und Bezeichnung gab. So rechnen wir jetzt zu den epileptischen Psychosen eine Reihe von psychischen Störungen, welche früher als „folie impulsive“ beschrieben wurden.

Auch die meisten Beobachtungen, aus denen man früher eine Alleinerkrankung des Willensvermögens ableiten wollte — eine Monomanie — sind ohne Zweifel

zu den epileptischen Psychosen zu rechnen, so die Pyromanie, die folie suicide, parricide u. s. w.

Die krankhafte Störung bei Epilepsie kann sich aber noch in verschiedener anderer Weise geltend machen: in zwecklosem Herumirren, Fortlaufen etc. Geschieht dies unter bestimmten Verhältnissen z. B. beim Militär, wo ein Fortlaufen stets und leicht den Verdacht der Desertion erweckt und zuerst auch meist als solche angesehen werden muss, so resultieren daraus für die Kranken die unangenehmsten Folgen. Daher ist die Kenntnis derartiger Zustände und deren Vorkommen bei Epilepsie für den Militärarzt von ganz ausserordentlicher practischer Wichtigkeit, denn nicht selten kommt dieser in die Lage, Soldaten zu sehen, beziehungsweise zu begutachten, welche aus oft ganz unaufgeklärten und ungenügenden Beweggründen anscheinend Desertionsversuche gemacht haben. Einen interessanten diesbezüglichen Fall teilt sehr ausführlich Gerstacker im 45. Bande der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie mit.

Die Schwierigkeiten, welche diese Fälle in der Beurteilung bereiten, liegen zumeist darin, dass ihr Zusammenhang mit der Epilepsie nicht ohne weiteres klar ist. Es fehlen hier vor allem in der Regel die schweren Krampfanfälle. Der ganze Zustand der Verwirrtheit, in welchem gewöhnlich die Desertion ausgeführt wird, entwickelt sich zuweilen so geräuschlos und so schnell, dass einem unerfahrenen und ungeübten Beobachter das veränderte Benehmen des Kranken entgehen kann. Bei der Ausführung der That selber ist selten ein Zeuge zugegen und der Patient kommt meist erst dann zur Untersuchung, wenn schon eine geraume Zeit nach dem Ausbruch der Psychose verstrichen ist.

Und doch werden wir sehen, dass es möglich ist, zu einer bestimmten Diagnose zu gelangen, wenn wir nicht nur die sämtlichen Symptome beim Ausbruch und im Verlauf des Anfalls, sondern auch das Verhalten des Kranken in der anfallsfreien Zeit berücksichtigen; eine genaue Anamnese und eine längere sorgfältige Beobachtung werden stets nötig sein, und wie wir später noch sehen werden ist gerade bei diesen Zuständen eine

genaue körperliche Untersuchung auf etwaige Störungen der Sinnesorgane und der Sensibilität von grosser Bedeutung.

Es wird sicher von Interesse sein, einige Fälle, welche in die erwähnten Kategorien gehören, anzuführen und an der Hand dieser den Zusammenhang zwischen den zur Beobachtung gelangenden Handlungen der Kranken und der zu Grunde liegenden Epilepsie nachzuweisen.

Zunächst teile ich zwei Fälle aus der Königlichen Charité mit, welche mir durch die Güte des Herrn Oberarztes Dr. Siemerling zur Veröffentlichung überlassen worden sind.

Fall I.

Franz H., Schutzmann, 32 Jahre alt.

Die Anamnese ergiebt in bezug auf Heredität und Alkoholismus nichts. H. bekam im Jahre 1881 bei einer in den Tropen abgehaltenen Musterung, wobei er lange Zeit in der Sonnenhitze zu stehen hatte, einen Schwindelanfall. Seit dieser Zeit wurde er öfters von derartigen Anfällen heimgesucht. Dieselben traten ohne äusseren Grund auf, dauerten höchstens eine Minute; es wurde ihm dabei schwarz vor den Augen, heiss im Kopfe und oft so schwindlig, dass er sich festhalten musste, um nicht umzufallen.

In der letzten Zeit (Januar 1889) war er vielfach von Sorgen, die in einem Zerwürfnis mit seinem Bruder, den er bis dahin unterstützt hatte, ihre Ursache fanden, gequält. Am Tage vor seiner Einlieferung in das Krankenhaus, am 3. Februar 1889, fiel er seinen Vorgesetzten durch sein verstörtes Wesen auf. In der Nacht vom 3ten zum 4ten wurde er von seinen Kameraden gesehen, ohne etwas auffälliges zu zeigen. Morgens gegen $^1/_2$ 4 Uhr pfiff H., der nicht im Dienste war, mehrmals ohne Grund auf der Notpfeife. Einem herzueilenden Wächter, der ihn auf das Unnütze seines Benehmens aufmerksam machte, sagte er: „Es kommt keiner, ich pfeife schon lange, sehen Sie nicht die Droschken da fahren!“ Der Wächter, dem H. nicht

betrunken sehien, schloss daraus, dass derselbe nicht ganz seiner Sinne mäehtig sei. H. sagte sodann noeh zu dem Wächter, derselbe habe ihm zu gehorehen, wisse er das nicht, so kenne er seine Instruction nieht. Sodann gingen beide zusammen eine Streeke weit, wobei H. allerlei unsinniges Zeug redete. Als der Wäehter in eine Seitenstrasse einbiegen wollte, vertrat ihm H. den Weg; der Wächter jedoeh stiess ihn zur Seite, worauf H. seiner Wege ging.

Am Morgen des 4. Februar kam H. in Mütze zum Dienst und, wie der Berieht seines Vorgesetzten lautet, anseheinend etwas angetrunken. Infolge dessen wurde er nach Hause gesehiekt; dort stellte er sieh vor den Spiegel, indem er immer seinen Helm aufpasste und dabei „hm, hm“ sagte. Zu dem Polizeilieutenant, der ihn bald darauf aufsuehte und ihn am Tiseh über ein ihm geschehenes Unreeht klagend sitzen fand, sagte er nur: „Sie wollen sieh wohl aueh noeh ein Loeh verdienen“. Dann zog er plötzlieh sein Messer, um sieh zu ersteehen. Nur mit Mühe wurde ihm dasselbe entrissen. Er wurde zu Bett gebraeht, und ein herzugerufener Arzt fand ihn sehlafend. Nur sehwer mit Hülfe kalter Umschläge erweekt, konnte H. den Fragen des Arztes nieht folgen und antwortete über den Hergang der Saehe gefragt mit: „Ieh weiss es nieht“. Wiederholt beobaehtete der Arzt Muskelzuekungen am ganzen Körper; von Trunkenheit ist niehts wahrzunehmen. Der Zustand wurde von dem Arzt als Nervenerregtheit erklärt, welehe unterstützt dureh eine durehwaehte Naeht und Ärger, vielleieht aueh durch Alkoholgenuss zum Ausbrueh gekommen ist.

Bei seiner Aufnahme in die Charité am 4. II. ist H. etwas niedergeschlagen und erzählt erst naeh längerem Zureden, dass er sich das Leben habe nehmen wollen, denn er sei in letzter Zeit recht unglücklieh gewesen. Man habe viel Schleehtes von ihm erzählt, und sei es hauptsächlich sein Bruder gewesen, der derartige Gespräehe geführt habe; aueh auf der Strasse habe er hinter sieh Bemerkungen gehört, er sei gar kein Mensch mehr. Er schloss dieses mehr aus der Miene der Vor-

übergehenden; eigentliche Sinnestäuschungen stellt er in Abrede. Über die Vorgänge in der letzten Nacht kann er nichts angeben. Er will sich aber noch entsinnen, dass er sich am Morgen ein Messer in das Herz habe stossen wollen, und dass er daran von einem Wachtmeister gehindert worden sei.

Die körperliche Untersuchung ergiebt ausser einem leichten Zittern der Zunge nichts pathologisches. Potus und Lues werden negiert, nur Gonorrhoe zugestanden.

In den allerersten Tagen ist H. sehr niedergeschlagen, verstimmt und einsilbig und isst auch nur wenig. Besuche von Bekannten lehnt er ab und bleibt am ersten Tage noch im Bett liegen.

Am 7. II. fühlt sich H. freier. Er erzählt über die Entwickelung seiner Krankheit, über den Streit mit seinem Bruder; seit dem 2. Februar sei er stets ängstlich gewesen und habe schlecht schlafen können. Er habe immer gefürchtet, sein Bruder werde ihn beim Polizeipräsidium anzeigen. Er entsinnt sich auch heute sehr wohl des Suicidalversuches; es sei ihm gewesen, als ob er es habe thun müssen. Trotzdem er sich angeblich wohl fühlt, ist er doch noch niedergeschlagen und ängstlich, fängt bei der Exploration an zu weinen und spricht die Befürchtung aus, dass sein Aufenthalt in der Charité ihn an seinem Fortkommen hindern werde.

Während sich H., wie schon gesagt, an den Suicidalversuch stets erinnert, weiss er über die oben geschilderten Vorgänge in der Nacht vom 3. zum 4. Februar gar nichts mehr; er erinnert sich blos noch, dass er am Abend des 3. Februar bei Verwandten ein Glas Bier getrunken hat, dann hört die Erinnerung auf.

Am 28. Februar wurde abermals eine körperliche Untersuchung vorgenommen, welche im Gegensatz zu der bei der Aufnahme angestellten folgende Resultate bot:

Sensibilität: Pinselstriche werden auf beiden Seiten gleich empfunden, Nadelstiche dagegen werden constant auf der rechten Körperhälfte nicht so schmerzhaft empfunden, als auf der linken, es bestand eine rechtsseitige Analgesie.

Gesichtsfeld: Die Prüfung am Perimeter ergiebt eine rechtsseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung und zwar für Weiss und Farben. Die Grenzen sind

Rechts	weiss,	blau,	rot,	grün
oben	45	40	35	30
aussen	60	55	50	45
unten	50	45	50	50
innen	50	50	45	45
Links				
oben	60	55	45	45
aussen	80	75	75	45
unten	70	65	60	55
innen	60	50	45	65

Gehör: Leitung durch die Kopfknochen auf beiden Seiten gleich, Flüstersprache beiderseits gut gehört.

Geruch: rechts und links gleich.

Tinct. as. foet. = bitter
Ol. menth. = Pfefferminz
Aq. amygd. = gut
Tinct. rhab. = Schnupftabak.

Am 19. III. wird berichtet, dass H. sich, nachdem die Niedergeschlagenheit der ersten Zeit überwunden war, vollkommen ruhig und geordnet benahm, nicht über Kopfschmerzen klagte, jedoch einmal einen Schwindelanfall hatte. Reizbarkeit war nicht vorhanden, der Schlaf stets ruhig. Eine am 18. III. vorgenommene Sensibilitätsprüfung ergab normales Verhalten an der Körperoberfläche und an den Sinnesorganen. Am 22. III. konnte H. als gebessert entlassen werden.

Fall II.

Albert B. Briefträger, 37 Jahre alt.

B. wird am 14. März 1889 wegen Suicidalversuches eingeliefert. Die von der Frau angegebene und aus den Personalacten entnommene Anamnese ergiebt folgendes:

Am 5. Mai 1887 fiel dem B. eine ungefähr 5 kg schwere Kiste auf den Kopf, wodurch er eine Beule an

dem linken Scheitelbein erhielt, aber die Besinnung nicht verlor. Die Anschwellung ging nach wenigen Tagen zurück. Seit dieser Zeit ist B., der bis dahin, wie die Frau angiebt, fünf Jahre lang als guter Ehemann gelebt hatte und, wie die Acten angeben, ein stets fleissiger, ordentlicher Beamter gewesen, (er war nur einmal wegen Trunkenheit im Dienste bestraft) und in seinem Wesen nichts Auffälliges geboten hatte, stets etwas „sonderbar“.

B. gab am 28. Mai dem ihn untersuchenden Arzt an, dass er nach der am 5. Mai erlittenen Contusion des Schädels an Sausen in den Ohren gelitten habe, das aber innerhalb 8 Tagen verging; er klagte noch über Kopfschmerzen und Übelkeit bei der geringsten körperlichen oder geistigen Anstrengung, sowie über Mattigkeit.

Besonders stark traten diese Zufälle im October 1887 auf, wo er seine Frau bedrohte, sodass diese 8 Tage lang von ihm wegzog, sowie im April 1888. Im Juli 1888 wurde er nach anstrengendem Dienst wiederum sehr erregt, betete, sprach von religiösen Dingen, von Verfolgungen, drohte wiederum seiner Frau, sodass sich diese in die Küche flüchtete.

Am 23. Juli erschien B. an der Thür des Dienstzimmers und gab auf Anrufen keine Antwort, sondern sah den ihn anrufenden Postsecretär nur starr an und ging dann davon. Zurückgeholt wies er einem Collegen und einem Postsecretär die Thür und gab zur Rede gestellt an, er sei von seinen Collegen bei Ausübung seines Dienstes bedroht worden, sagte dann noch: „Rühren Sie mich nicht an“, „Bete und arbeite“. Betrunken schien B. nicht zu sein, und er wurde auf Ratschlag des Arztes vom Dienste bis zum October dispensiert.

Nach seinen Anfällen ist B. stets still und friedlich und weiss sich derselben sowie des Vorgefallenen nicht zu erinnern.

Am 11. September ist B. soweit wieder hergestellt, dass er seiner Thätigkeit nachgehen konnte.

Ein neuer heftiger Anfall trat nunmehr im März 1889 auf. Die Wahnvorstellungen von Verfolgungen, welche früher bereits zeitweilig vorhanden gewesen waren, traten in letzter Zeit mit erneuter Stärke auf. Schon

einige Tage vor seiner Einlieferung glaubte er, eine Person mit loekigem Haar stehe ihm feindlich gegenüber, ein andermal glaubte er sich von Civilisten und Juden, mit denen er als Briefträger viel zusammenkam, verfolgt. Am 13. März, dem Tage vor seiner Einlieferung, spraeh er zu Hause vom Bösen, betete überlaut, liess die Thür zumaehen, damit er nieht herein könne. In der Frühe des 14. März holte er morgens beim Bäeker sein Frühstück und entfernte sieh sodann, um zum Dienst zu gehen. Wenige Stunden darauf wurde er aus einem Wasser im Thiergarten, in welehes er hineingesprungen war, herausgezogen.

Anstatt zum Dienst zu gehen ist B. wie die Aeten ergeben in den Thiergarten gegangen und hat am Sehlosse Bellevue heftig geklingelt. Beim Herrannahen eines Sehutzmannes ist B. eilig in den Thiergarten geflohen und hat sieh, als er sieh von dem Schutzmann verfolgt sah, in eines der dortigen Gewässer gestürzt; er wurde jedoeh naeh Entfernung des Eises noeh reehtzeitig herausgezogen, stürzte sieh sofort noehmals hinein und wurde dann, abermals gerettet, naeh der Charité gebraeht.

Bei seiner Aufnahme ist er äusserlieh ruhig, maeht jedoch einen verstörten Eindruek und giebt auf Fragen an, dass er von der Polizei gebraeht sei, warum weiss er nicht. Seine weiteren Angaben sind sehr confus. Er erzählt in unzusammenhängender Weise, dass er einen Brief abgegeben habe, dass er quer über den Damm gegangen sei, Civilisten hätten ihn verfolgt, das habe er sehon lange bemerkt.

Die körperliehe Untersuehung ergab: an der linken Seite der Stirn eine traumatische Sehwellung; Zunge ohne Narben und Bisse, Pupillen gleich und gut reagierend, Puls regelmässig und von guter Spannung, Kniephänomen beiderseits vorhanden.

Wenige Stunden naeh seiner Aufnahme wird B. sehr unruhig, so dass er isoliert werden muss. Am Morgen des 15. März ist er sehr erregt, furehtbar seheu und wild und lässt sieh gar nieht anfassen. Im Laufe des Tages wäehst die Erregung, sodass er in einem Zustand

vollkommener hallueinatorischer Verwirrtheit sich befindet. Er steht in der Zelle, nimmt sonderbare Stellungen ein, beugt den Oberkörper ganz nach hinten, reekt sieh dann wieder gerade, hebt sich auf die Zehenspitzen, legt die Hand auf den Kopf, stösst eigentümliche Zisehlaute aus, ähnlieh einer Loeomotive, maeht Bewegungen, als ob er sieh die Kehle abschneiden wolle, steckt den Finger in den Mund, würgt, stösst abgerissene Wörter zwangsartig hervor. Zuweilen werden einzelne dieser Worte wie „Martha", „du bist nicht mein Sohn", „bist nicht mein Vater" verstanden. Dazwisehen werden immer wieder die eigentümlichen Zischlaute ausgestossen.

Trotz dieser Verwirrtheit lässt er sich auf kurze Zeit fixieren, weiss, dass er Briefträger ist, dass er sich in der Charité befindet und giebt an, dass er mit Gott spreche. Gott drohe ihm mit der Knute, weil er ein sehleehter Menseh sei. Er giebt ohne weiteres zu, dass er ins Wasser habe gehen wollen, um sieh das Leben zu nehmen; das Mass seiner Sünden sei voll, Gott habe es ihm befohlen.

Dieser Zustand von Erregung und Verwirrtheit mit dem eigentümlichen Gebahren hält bis zum 16. III. an. An diesem Tage wird er ruhiger, fühlt sieh matt, wünseht zu schlafen. Am 17. erwaeht er, fühlt sich wohler, kann sieh aber jetzt nieht mehr entsinnen, wie er in die Charité gekommen ist.

Am 30. III. erzählt B., der nunmehr vollkommen ruhig ist, dass er in der Zelle viele Stimmen, meist von Bekannten gehört und sich sehr geängstigt habe. Aueh Figuren müsse er wohl gesehen haben, jetzt sehe oder höre er dergleichen nieht mehr. Krank will er nicht gewesen sein, er müsse wohl von Feinden verfolgt worden sein, vielleieht von den Juden, mit denen er als Rohrpostbriefträger viel in Berührung kam.

Seit dieser Zeit verhält er sich vollkommen ruhig, stellt Sinnestäusehungen in Abrede. Er behauptet mit Bestimmtheit, dass er erst naeh dem Unfall mit der Kiste kopfleidend geworden sei. Seitdem habe er erst Kopfsehmerzen, könne auch das Trinken nicht mehr vertragen, während er früher sehr mässig Sehnaps getrunken habe.

Über den Beginn der jetzigen Erkrankung weiss er noch folgendes anzugeben: es war ihm schon einige Zeit eigentümlich und komisch gewesen, er hatte das Gefühl, als ob jemand hinter ihm her sei. Am letzten Morgen fühlte er sich ausserordentlich unheimlich, er glaubte er müsse sterben. Er ging von Hause weg, setzte sich, da er noch Zeit bis zum Dienst hatte, in den Park am alten Elisabethkirchhof, dann wollte er zum Dienst gehen. Ob er Sinnestäuschungen gehabt, entsinnt er sich nicht mehr; er hat vollkommen für die folgenden Ereignisse die Erinnerung verloren und behauptet, er sei erst im Krankenhaus wieder zu sich gekommen.

Über seine früheren Schwindelanfälle teilt er mit, dass sie besonders nach Anstrengungen sehr heftig geworden seien, dass er dabei ein Klopfen am Scheitel und im Hinterhaupt verspürt und das Gefühl von Übelkeit sowie eine Art Hungergefühl gehabt habe. Besonders stark waren diese Zufälle im Winter, wenn er von draussen ins Warme kam. Über seine Erregungszustände und Tobsuchtsanfälle weiss er aus eigener Erfahrung fast nichts.

Eine am 10. IV. vorgenommene körperliche Prüfung ergab:

Sensibilität: Pinselstriche und Nadelstiche zeigen beiderseits gleiche Empfindlichkeit.

Gesichtsfeld: Die Prüfung am Perimeter ergiebt eine linksseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung und zwar für Weiss und Farben:

Links	weiss,	blau,	rot,	grün.
oben	30	30	25	15
aussen	45	40	40	30
unten	30	25	32	18
innen	30	25	25	20
Rechts				
oben	52	35	30	18
aussen	70	45	35	38
unten	45	35	30	22
innen	50	40	25	20.

Gehör: Flüstersprache beiderseits gut gehört.

Geruch: links und rechts: Tinct. as. foet. = bitter. Ol. menth. pip. = Anis (nur rechts).

Am 17. April wurde B. als gebessert entlassen. Die Sensibilitätsstörungen in dem oben angeführten Umfange bestanden noch.

Ich gehe nunmehr zu dem Berichte zweier weiterer Fälle über, welche mir durch Vermittlung des Herrn Stabsarztes Dr. Landgraf und der Direction des Königl. med. chir. Friedrich-Wilhelms-Instituts im Garnisonlazarett I zur Veröffentlichung überlassen sind.

Fall III.

Ulan Armin G. 22 Jahre alt, Sattler, wird am 12. December 1889 nach einem Suicidalversuch zur Beobachtung auf Geistesgestörtheit ins Lazarett aufgenommen.

Am 18. Februar 1890 sah ich den Kranken. Derselbe machte mir die folgenden Angaben mit leiser, monotoner Stimme und oft nur auf eindringliches Zureden, indem er mehrmals äusserte: „Ich weiss es ja selbst nicht, wie es gekommen ist; wenn ich mir jetzt so alles überlege, was ich gethan haben soll, so wird mir ganz wirr und dumm.“

Nach seinem Geburtsjahr gefragt, giebt G. zuerst 1866, dann richtig 1868 an. Die Eltern leben und sollen gesund sein. G. hat 6 Geschwister. Der jüngere Bruder überstand eine Gehirnentzündung. Alkoholmissbrauch wird von dem Kranken negiert.

In der Schule hat G. nicht gerade schlecht gelernt. Nach den Schulstunden musste er als Laufbursche dienen, war infolge dessen recht angestrengt und blieb bald zurück. In seinem zwölften Jahre wurde G. geimpft und bekam dann im Anschluss daran, wie er behauptet, auf dem Rücken in der linken Scapulargegend mehrere rote Flecke, welche später in Eiterung übergingen. An der bezeichneten Stelle befinden sich jetzt mehrere ca. 2 Markstück grosse runde Narben. In derselben Zeit stellte ich damals eine Alopecia areata ein, welche noch fortdauert.

Seitdem nun die Wunden auf dem Rücken vernarbt

waren, behauptet G. habe er oft starke Kopfschmerzen und Schwindelanfälle gehabt. Im Jahre 1887 ging G. auf die Wanderschaft. Oft wurde ihm nach anstrengenden Märschen schwindlig, sodass er sich an der Strasse niedersetzen musste, wobei sich alles um ihn drehte und ihn Angstgefühl überkam. Dabei verlor er, wie er ausdrücklich behauptet, die Besinnung und fand sich beim Erwachen manchmal im Graben liegend. Von Krämpfen weiss er nichts zu berichten.

In der Zeit, in welcher er in Berlin als Sattler arbeitete in einer Stelle, in der es ihm ganz gut gefiel, kam ihm eines Abends in fröhlicher Gesellschaft plötzlich der Gedanke, seine Stelle zu kündigen, und er führte diesen Entschluss auch aus, ohne dass er einen Grund anzugeben vermöchte.

Im Herbst 1889 wurde er Soldat und trat in das zweite Garde-Ulanen-Regiment ein. Gleich nach seinem Eintritt war er längere Zeit wegen eines Panaritiums im Lazarett. In den ersten Wochen seiner Dienstzeit sprach er eines Abends mit seinem Unteroffizier über seine Heimat, drehte sich plötzlich um, nahm seine Drilchjacke und entfernte sich aus der Kaserne, auf welchem Wege weiss er nicht mehr. Er erinnert sich noch, dass er nach dem Bahnhof ging; hier verlässt ihn die Erinnerung und er weiss erst wieder anzugeben, dass er am andern Tage bei seinem Bruder in Friedrichshagen erwachte. Es überfiel ihn ein furchtbares unerklärliches Angstgefühl und es war ihm, als ob er verfolgt würde. Sein Bruder forderte ihn auf zurückzukehren, aber er konnte nicht, wie er sagt, aus Furcht, die er sich nicht habe erklären können; es war nicht Furcht vor der etwaigen Bestrafung. Er nahm dann seinem Bruder einen Civilanzug und fuhr von Friedrichshagen nach Bremen, Bremerhafen und Hamburg, wo er sich in der Stadt herumtrieb und am Hafen die Schiffe ansah. Er meldete sich dann freiwillig bei der Polizei und wurde nach Berlin zurückgebracht. Vom Rittmeister nach den Beweggründen zu seinem Entweichen gefragt, überfiel ihn eine solche Angst, dass er gar nicht zu sprechen vermochte. Er bekam strengen Arrest.

Dort hatte er stets Angst, man werde ihn nachher für einen Narren halten, auch war ihm mehrmals, als ob er in der Eisenbahn sässe und führe. Hallucinationen will er nicht gehabt haben.

Mitte December 1889 nun wurde G. wegen Selbstmordversuch zur Beobachtung ins Lazarett eingeliefert. G. selbst erzählt darüber, dass er sich am Morgen des 12. December sehr unwohl gefühlt habe, er hatte keine Kraft im Arm, jede kleine Anstrengung ermüdete ihn. Er bemerkte schon in der letzten Zeit, dass er nicht mehr so gut wie früher aufs Pferd komme und wollte sich krank melden, wurde aber vom Wachtmeister zurückgewiesen. Gegen ¼ nach 7 ging er dann mit zum Fussexercieren. Es war ihm schwindlig, er fühlte Schmerzen in der Schläfengegend und einen reissenden, ziehenden Schmerz in der Brust. Er hörte die Commandos nur undeutlich und wusste sie nicht recht auszuführen; vor den Augen war ihm alles verschwommen. Nach dem Exercieren ging er auf die Stube um zu frühstücken, er war aber zu schwach sich ein Stück Brod abzuschneiden, er konnte nichts fassen und es war ihm, als ob die Gegenstände von jemand zurückgezogen würden, alles drehte sich um ihn und nun erlischt die Erinnerung. Als er wieder erwachte, lag er auf einem Tisch, den mehrere Vorgesetzte und Kameraden umstanden, er konnte dann einige Zeit nicht sprechen und sich nicht aufrichten; er hatte sich mit einem Strohseil an einem Bette zu erhängen versucht; über diesen Vorgang herrscht, wie schon gesagt, vollkommene Amnesie. Gründe für die That weiss G. nicht anzugeben. G. wurde nunmehr ins Lazarett zur Beobachtung eingeliefert. Im Lazarett ist er meist unruhig und von grosser Angst befangen. Er schläft nachts nur wenig und träumt viel und lebhaft. Allmählich bessert sich der Zustand, doch bleiben fast beständige Kopfschmerzen vorhanden, ebenso wie stetes Angstgefühl. Die körperliche Untersuchung ergiebt: Patient ist ein blass und schwächlich aussehender ziemlich grosser Mann; in der linken Scapulargegend finden sich mehrere ca. 2 Markstück grosse Narben.

Die Pupillen sind beiderseits gleich gross und reagieren gut; beim Lesen schmerzen die Augen bald und die Buchstaben werden undeutlich.

Beim Aussprechen schwererer Worte stottert G. und kann sie trotz mehrfacher Versuche nicht geläufig nachsprechen.

Gehör: Flüsterstimme wird beiderseits deutlich gehört.

Kniephänomen vorhanden. Sensibilitätsstörungen waren nicht nachgewiesen.

Am 26. I. 90 wird G. für dienstuntauglich erklärt.

Fall IV.

Füsilier Richard Q. wird am 14. Mai 1889 nach einem Suicidalversuche zur Beobachtung eingeliefert.

Wegen Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, sowie Schmerzen in der Lendengegend zu beiden Seiten der Wirbelsäule war er schon früher im Lazarett. Mitunter klagte er in dieser Zeit über schreckhafte Träume und Schwindelanfälle, sodass er sich beim Gehen stützen musste. Es wurde ihm dabei schwarz vor den Augen und die Besinnung erlosch, jedoch dauerte der Zustand immer nur kurze Zeit.

Am 27. August 1888 sprang er beim Baden vom Turm und erlitt dabei eine Verletzung am Ohre. Er konnte nur mit Mühe das Trockne erreichen und musste sich dann sogleich niedersetzen, weil ihm schwindlig und schwarz vor den Augen wurde. Er wurde ins Lazarett gebracht. Wie er dorthin gekommen ist, weiss er sich nicht mehr zu entsinnen. Im Lazarett stellte der Arzt eine Perforation des rechten Trommelfells fest. Nach Heilung des Ohrleidens wurde Q. zur Truppe entlassen, doch mehrten sich seit dieser Zeit die Schwindelanfälle. Oft verfiel Q. dabei in einen traumartigen Zustand. Am 14. Mai 1889 während einer ziemlich anstrengenden Übung auf dem Kreuzberge und nach derselben auf dem Kasernenhofe hatte er zwei solche Anfälle. Er wurde auf seine Stube gebracht, wo er sich auf einen Stuhl niedersetzte und später auf das Bett legte. Von da an fehlt ihm seiner Angabe nach die Erinnerung. Nach Schilderung seiner Kameraden begab

er sieh auf den Boden der Kaserne, (seine Stube lag zu ebener Erde) und maehte einen Selbstmordversueh dureh Erhängen, wurde aber noeh reehtzeitig abgesehnitten und ins Lazarett gebraeht. Motive zu seiner That fehlen.

Die im Lazarett aufgenommene Anamnese ergiebt, dass Q., der übrigens zu den stärksten Leuten der Compagnie gehörte und sieh stets gut geführt hatte, sehon in seiner Jugendzeit viel an Kopfsehmerzen und Nasenbluten gelitten hat und sieh namentlieh morgens immer matt gefühlt und einen eigentümliehen Druek im Kopf verspürt haben will. Der Vater soll Potator sein. Eine körperliehe Untersuehung ergab niehts Besonderes, ausser einer mässig starken Strangulationsmarke und auf der Zunge beiderseits frisehe starke Bisswunden. Q. wirft sieh unruhig im Bett hin und her und weiss nieht mehr, wie er ins Lazarett gekommen ist, noeh aueh, dass er einen Suieidalversueh gemaeht hat.

Im allgemeinen benahm er sieh im Lazarett in der folgenden Zeit ordentlieh und verständig, manehmal sass er hinbrütend auf dem Bettrande, einmal zupfte er den Arzt am Roek, weil ein Knopf nieht ordentlieh geputzt sei, ein andermal drohte er einem Lazarettgehülfen ein Glas an den Kopf zu werfen. Öfters verlangte er aus dem Lazarett entlassen zu werden und wieder Dienst thun zu dürfen.

Im Juli wurde er als dienstunbrauehbar entlassen; über den Selbstmordversueh herrsehte damals vollkommene Amnesie.

Betraehten wir nun zunäehst die einzelnen Fälle, so ist in den beiden ersten von hereditärer Belastung ausser der Angabe, dass der Vater des B. an Herzsehlag gestorben ist, niehts zu erfahren. Alkoholmissbraueh wird nur von B. und aueh nur in geringem Masse zugegeben. Wir haben also wohl in beiden Fällen als ätiologisehes Moment die körperliehen Insulte, bei H. das lange Stehen in der Tropensonne, bei B. den Sehlag der Kiste auf den Kopf, zu betraehten. Allerdings sehreibt der B. behandelnde Arzt, B. scheine eine Disposition zu anormalen Handlungen und Ansehauungen

gehabt zu haben, wie sie einem späteren Ausbruch einer Geisteskrankheit vorauszugehen pflegen. So, schreibt der Arzt, beschwerte er sich bei einem Vorgesetzten ohne Grund, wurde als Soldat wegen Ungehorsams gegen Dienstbefehle standrechtlich bestraft und für zum Leichtsinn hinneigend gehalten, auch wurde er im Postdienst einmal betrunken getroffen. Ob diese Vorkommnisse wirklich Zeichen einer Prädisposition zu einer Geistesstörung sind, scheint mir doch etwas zweifelhaft. Jedenfalls ist sicher, dass in beiden Fällen erst nach den körperlichen Insulten periodisch wiederkehrende Geistesstörungen beobachtet wurden. Krämpfe waren nie vorhanden, dagegen häufige Anfälle von petit mal. Bei H. nun entwickelt sich in sorgenschwerer Zeit und im Anschluss an die Schwindelanfälle und Bewusstseinsstörungen ein Verwirrtheitszustand verbunden mit vereinzelten Gesichtshallucinationen, Niedergeschlagenheit, Angstgefühl und einem in solchem Angstzustand unternommenen Suicidalversuch. Nach Ablauf des Verwirrtheitszustandes wird teilweise Amnesie beobachtet. Der ganze Zustand hatte 4—5 Wochen gedauert.

Viel bedeutendere Störungen wurden bei B. und zwar mehrmals beobachtet. Hier hören wir nach dem Trauma des Kopfes häufige Klagen über Benommenheit im Kopfe und besonders nach Anstrengungen auftretende Schwindelanfälle. Dann aber treten diese Zustände in längeren Pausen besonders stark auf und zwar (die Verletzung hatte im Mai 1887 stattgefunden) im October 1887 verbunden mit tobsüchtigen Erregungszuständen (Bedrohung der Frau), dann im April 1888; im Juli 1888 wiederum ein Erregungszustand, verbunden mit religiösen Delirien. Ein neuer heftiger Anfall tritt sodann im März 1889 auf. B. litt in dieser Zeit an Verfolgungswahnideeen, hatte lebhafte Gesichtshallucinationen und verfiel dann in einen traumartigen Zustand, in welchem er im Tiergarten herumirrte und sich schliesslich ins Wasser stürzte. Über diese und auch die früheren Vorgänge herrscht vollständige Amnesie. Nach dem Suicidalversuch ist B. noch mehrere Tage sehr unruhig und befindet sich in einem Zustand hallucina-

torischer Verwirrtheit, in der er die sinnlosesten Bewegungen macht und von Gott deliriert. Nach einigen Tagen verliert sich dieser Zustand und B. wird ruhig.

Was den dritten Fall G. anbetrifft, so ist anamnestisch kein bestimmter Grund des Leidens zu erfahren. Inwiefern oder ob die angeblich nach der Impfung entstandenen Wunden nach ihrer Vernarbung dasselbe verursacht haben, lässt sich natürlich nicht mit Sicherheit erweisen. In der Litteratur sind mehrfach Fälle berichtet, in denen alte Narben die Ausgangspunkte einer peripheren Reizung waren, wodurch epileptische Zustände hervorgerufen wurden, oder wo nach Entfernung solcher alter Narben die Krankheitserscheinungen sich abschwächten und sogar verschwanden.

Im vorliegenden Falle nun bestehen die Krankheitserscheinungen in fast beständig andauernden Kopfschmerzen, in periodisch wiederkehrenden Schwindelanfällen verbunden mit vollständigem Bewusstseinsverlust. Ohne dass irgend ein Grund vorliegt sehen wir G. seine Kaserne und Garnison verlassen, sodass ohne weiteres eine Desertion angenommen werden konnte. Er unternimmt eine zwecklose weitere Reise, über deren Einzelheiten teilweise Amnesie herrscht. — Bald nachher macht G. einen Suicidalversuch; auch darüber herrscht vollständige Erinnerungslosigkeit. In der Folge bessert sich zwar der Zustand, aber ein stetes Angstgefühl bleibt zurück und G. wird als dienstuntauglich erklärt.

Auch im vierten Falle Q. zeigen sich die charakteristischen Schwindelanfälle mit Bewusstseinsstörungen, welche zwar in geringem Grade schon vor der Dienstzeit aufgetreten waren, sich aber nach dem Sprung vom Turme der Badeanstalt und dem dabei erlittenen Trauma häufiger zeigten und stärker auftraten. In einem derartigen Zustand unternimmt Q. einen Suicidalversuch, über den später vollständige Amnesie herrschte. Ob dieselbe von Anfang an d. h. unmittelbar nach der That schon vorhanden war, ist nicht klar ersichtlich. Von Angstgefühl (ausser den schreckhaften Träumen), Hallucinationen und tobsüchtigen Erregungszuständen ist nichts zu erfahren.

Stellen wir über die beriehteten Fälle in Beziehung auf Ursaehe, Symptome, Verlauf und Begleiterseheinungen Vergleiche im Zusammenhang an, so ist zunäehst über die Ursaehen der Erkrankungen was Heredität und Alkoholismus anbetrifft, nur wenig zu erfahren gewesen. Siehere ätiologisehe Momente sind nur bei H. Sonnenstieh, welcher wie manehe in der Litteratur veröffentliehte Fälle beweisen (cf. allgemeine Zeitsehrift für Psychiatrie, Band 40, pag. 54) Psyehosen und aueh epileptisehe Psyehosen naeh sieh gezogen hat, bei B. Trauma des Kopfes. Bei Q. werden durch Trauma des Kopfes die sehon vorhandenen Störungen bedeutend gesteigert. G. führt den Anfang seiner Erkrankung auf Narbenbildung zurüek. Vielleieht hat auch eine vorhandene Alopeeia areata eine Prädisposition zur Erkrankung geschaffen; es ist sieher, dass im Gefolge von Alopeeia nervöse Erseheinungen auftreten können. (Jürgensen, Pathologie und Therapie).

Was nun das Auftreten von epileptisehen Anfällen betrifft, so werden Krämpfe, das grand mal, in keinem Falle zugegeben, können auch objeetiv nieht durch Zungenbiss oder sonstige Symptome als wahrscheinlieh hingestellt werden. Bei G., weleher während seiner Bewusstlosigkeit von der Strasse in den Graben fiel, könnte man vielleieht an krampthafte Bewegungen denken. Bei H. werden von dem herzugerufenen Arzte Muskelzuckungen am ganzen Körper beobaehtet.

In allen Fällen aber lässt sieh das petit mal, die eharakteristisehen Schwindelanfälle mit Aufhebung oder doeh Trübung des Bewusstseins naehweisen. Allerdings wird nur von G. eine vollkommene Bewusstlosigkeit bestimmt versiehert.

Betrachten wir das Auftreten und die Art der Äusserung dieses petit mal bei unseren Kranken, so zeigt es sieh, dass dasselbe bei den einzelnen versehieden lang, doeh meist nur kurze Zeit währt. Alle sehildern den Zustand als ein Benommensein, bei dem es dem einen heiss, dem andern wirr und schwer im Kopfe, trübe vor den Augen und so schwindlig wird, dass sie sieh festhalten müssen. Der Zustand tritt be-

sonders nach wenn auch verhältnismässig nur unbedeutenden Anstrengungen auf. Der vollständige Verlust der Besinnung wird bestimmt, wie schon gesagt, nur von G. angegeben.

Die Tiefe der Bewusstseinstrübung ist also offenbar eine verschiedene. Nicht immer ist die Erinnerung ganz aufgehoben. Sicherlich kommt aber auch dem getrübten Bewusstsein in diesen Fällen dieselbe Bedeutung zu, wie dem vollständigen Bewusstseinsverluste.

Um die Überzeugung zu befestigen, dass es sich wirklich um epileptische Krankheitserscheinungen handle, ist in allen Beobachtungen auf etwa vorhandene Störungen der Sensibilität gefahndet, in einzelnen Fällen mit positivem Resultat, denn es wurden Begleitsymptome eruiert, welche bei Verdacht auf Epilepsie die Diagnose wohl zu stützen imstande sind. Ich meine die sensibeln und sensorischen Störungen, auf deren Vorkommen gerade bei Epilepsie Thomsen und Oppenheim zuerst hingewiesen haben. (Archiv für Psychiatrie, Band XV, pag. 559). In der Thomsenschen Abhandlung: „Zur Casuistik und Klinik der traumatischen und Reflex-Psychosen“ wird besonders auf die Einengungen des Gesichtsfeldes und die Sensibilitätsstörungen ein Hauptaugenmerk gerichtet. Thomsen kommt zu dem Resultat, dass immer bei Kranken, welche ein Trauma speciell des Kopfes erlitten haben, besonders häufig diese Sensibilitätsstörungen sich darbieten, und dass bei Individuen mit sensorisch-sensibeln Anästhesieen die genaue Anamnese ein schweres Trauma (Schlag, Fall, Stoss oder Erschütterung) aufweist — selbstverständlich nicht immer. — Fasst man den Begriff des Traumes weiter und dehnt ihn auf intensive und plötzliche psychische Einwirkungen: Schreck, Furcht und heftige Gemütsbewegungen aus, so findet man, dass gerade diese Momente es sind, welche häufig für die Entstehung der Epilepsie etc. — meist auf Basis einer Prädisposition (cf. Q.) verantwortlich gemacht werden.

In unseren Fällen kommen an somatischen Erscheinungen zur Beobachtung: bei H. eine rechtsseitige Analgesie und Gesichtsfeldeinengung, bei B. eine links-

seitige Gesichtsfeldeinengung und Geruchsstörung; leider ist in den Krankenbüchern des G. und Q. über derartige Erscheinungen nichts vermerkt.

Und wie verhält sich nun die Psychose, die sich im Anschluss an das Auftreten des petit mal, manchmal aber auch ohne dass ein solcher Anfall als unmittelbar vorausgegangen nachgewiesen werden könnte, entwickelt?

Das häufigste und beinahe constant wiederkehrende Symptom der psychischen Erkrankung in unsern Fällen ist der Erinnerungsdefect, die Amnesie. Nicht immer tritt dieselbe als vollkommene Amnesie für die ganze Dauer des betreffenden Zustandes oder Vorganges auf; wir haben auch Fälle von teilweiser Amnesie beobachtet, auch kommt es vor, dass die Erinnerung unmittelbar nach dem Geschehenen wenigstens teilweise noch vorhanden ist (cf. B.), später aber erlischt.

Bei den heftigsten Eruptionen der Psychose, bei den Selbstmordversuchen zum Beispiel, beobachten wir meist eine vollkommene Amnesie, bei leichteren Störungen oft nur teilweise Amnesie oder nur unklare Erinnerung an das, was vorgegangen ist. — Sehen wir uns die aufgeführten Fälle an, so erinnert sich H. zwar dunkel noch seines Selbstmordversuches, dagegen herrscht über den ganzen vorhergegangenen Zustand vollkommene Amnesie. B. behauptet ausdrücklich, dass er den ganzen Hergang seiner Anfälle nur aus Erzählungen seiner Frau und seines Arztes wisse. Plötzlich hört das Bewusstsein auf bei G., welcher sich noch an unbedeutende Vorgänge vor dem Selbstmordversuch erinnert, während dann erst nach geschehenem Versuch die Erinnerung wieder erwacht. Ganz charakteristisch sagt er bei der Exploration: „Wenn ich mir überlege, was ich gethan haben soll, so wird mir ganz wirr im Kopf.“ Vollständige Amnesie herrscht auch beim Suicidalversuche Qs.

Was das Auftreten von Angstzuständen beziehungsweise ängstlichen Delirien betrifft, so ist darüber zu sagen: sie finden sich in sämtlichen aufgeführten Fällen, teils ohne dass für sie ein bestimmter Grund angegeben

werden kann, teils liegt ein solcher vor, und zwar sind es beispielsweise bei B. Gesichtshallucinationen, Gestalten verschiedenster Art, die ihn verfolgen. Einen fast beständigen, vom Patienten nicht zu erklärenden Angstzustand beobachten wir bei G. Dieser Zustand nimmt manchmal an Heftigkeit zu und es entsteht dann ein zwangsartiger Trieb sich zu entfernen. Über schreckhafte Träume (Pavor nocturnus) klagt Q. — Die Neigung zu Gewaltthätigkeiten tritt in allen aufgeführten Fällen hervor, und zwar erstrecken sich dieselben meistens auf die eigene Person in Gestalt eines Suicidalversuches, einmal durch Erstechen (H.) einmal durch Sturz ins Wasser (B.) und zweimal durch Erhängen (G. und Q.). Der Fall B. ist noch dadurch merkwürdig, dass der Versuch sofort nach Misslingen des ersten wiederholt wird. Aber nicht nur auf die eigene Person, auch auf andere erstreckt sich die Gewaltthätigkeit der Kranken, so bedroht B. bei seinen Anfällen wiederholt seine Frau, sodass diese sogar gezwungen ist, zeitweise von ihm wegzuziehen, Q. einen Lazaretgehülfen.

Nachdem wir nun die charakteristischen Symptome, welche in unseren Fällen zur Beobachtung kamen, betrachtet haben, wird es sich noch fragen, welcher Art der epileptischen Psychosen die voranstehenden Fälle anzureihen sein werden, denn dass es sich hier um solche handelt, halte ich, nachdem in allen Fällen der Nachweis bestehender Epilepsie als erbracht angesehen werden kann, da charakteristische Symptome bei allen Kranken beobachtet sind, für sichergestellt.

Behalten wir die am Anfang der Arbeit gegebene Einteilung der epileptischen Psychosen in

1. Epileptischer Stupor,
2. Postepileptisches Delirium,
3. Epileptisch-psychisches Äquivalent

bei, und sehen wir zu, ob wir unsere Fälle diesen einreihen können.

Ein Fall von epileptischem Stupor findet sich unter den aufgeführten Fällen nicht.

Als postepileptische Delirien möchte ich die Fälle B. und G. (den Suicidalversuch des letztern), ebenso die

Psychose des Q. betrachten, wenn auch unmittelbar vorangegangene epileptische Anfälle nicht immer ganz sichergestellt sind.

Als epileptisch-psychisches Äquivalent sind wohl die Fälle H. und G. (wo er nach Hamburg fuhr) anzusehen.

Zum Schlusse verfehle ich nicht für die Anregung zu dieser Arbeit, für Überlassung der Fälle und gütige Beihülfe den Herren Privatdocent Dr. Siemerling, Oberarzt an der psychiatrischen Klinik der Charité und Stabsarzt Dr. Landgraf auch an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.
2. Salgó, Compendium der Psychiatrie. Wien 1889.
3. Jürgensen, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1886.
4. Reynolds, J. R., Epilepsie, ihre Symptome, Behandlung und ihre Beziehungen zu anderen chronisch-convulsiven Krankheiten. H. Beigel Erlangen 1865.
5. Krafft-Ebing, Über die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Erkrankungen.
6. Hartmann, Geistesstörung nach Kopfverletzungen. Westphals Archiv Bd. 15 pag. 98.
7. Thomsen, Zur Casuistik und Klinik der traumatischen und Reflex-Psychosen. Charité-Annalen XIII. Jahrgang.
8. Velde, Inaugural-Dissertation. Berlin 1888.
9. Samt, Archiv für Psychiatrie Bd. 5 und 6.
10. Gerstacker, Ein Fall von psychischer Epilepsie. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 45.
11. Victor, Über Geisteskrankheiten infolge hoher äusserer Temperatur. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 40.
12. Erlenmeyer, Die Principien der Epilepsie-Behandlung.

THESEN.

I.

Bei Patienten, die einer epileptischen Psychose verdächtig sind, ist immer ein Hauptgewicht auf eine möglichst genaue Anamnese zu legen.

II.

Bei Epilepsie, deren Ursprung auf vorangegangene Schädelverletzung zurückgeführt werden kann, ist Narbenexcision bezw. Trepanation stets in betracht zu ziehen.

III.

Der in vielen Militärbadeanstalten herrschende Zwang, beim Baden vom hohen Turme zu springen, ist absolut verwerflich.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Martin Fidelis Johannes Maria Schunck, Sohn des Gymnasialoberlehrers Professor Dr. Schunck zu Sigmaringen, katholischer Confession, wurde am 9. Juli 1867 zu Sigmaringen in Hohenzollern geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Kgl. Preuss. Gymnasium zu Sigmaringen, welches er Herbst 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 23. Oktober desselben Jahres wurde er als Studierender in die medicinisch-chirurgische Akademie für das Militär aufgenommen, im Mai 1889 in das Kgl. medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut. Vom 1. April bis 1. October 1887 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 6. Compagnie des Kaiser-Alexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Am 28. Juli 1888 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 4. Juli 1890 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Dilthey, Ewald, Fräntzel, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Hirsch, v. Hofmann, Israel, Jürgens, Koch, Köhler, Kossel, Kundt, Leuthold, Leyden, Liebreich, Liman, Martius, Olshausen, Oppenheim, Overweg, Renvers, Salkowski, Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Siemerling, Sonnenburg, R. Virchow, Waldeyer, Wittmack.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.